

ІНТУБАЦІЯ ТОНКОЇ КИШКИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК

*Пак В. Я., Микитин В. З., магістрант; Микитин І. З., студ. 6-го курсу
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

На основі даних ретроспективного дослідження вивчено результати лікування 108 хворих на гостру спайкову непрохідність тонкої кишки (ГСНТК), яким під час операції проведено інтубацію тонкої кишки. Чоловіків було 67(62,0%), жінок – 41(38,0%), переважали особи віком від 31 до 60 років, що загалом склало 56,5%. 95 (87,7%) хворих доставлені до стаціонару пізніше 7 годин, а з них 45(47,3%) через 24-48 год. від початку захворювання. Пацієнтів з явищами перитоніту не було, резекція кишки не проводилася, супутню серцеву і легеневу патологію діагностовано у 23(21,3%). Назоінтестинальна інтубація проведена 85(78,7%) хворим: через цекостому – 20(18,5%), через ілеостому – 3(2,77%). Інтраопераційно у 29(26,85%) пацієнтів видалили від 2 до 5 літрів кишкового вмісту і протягом перших 4-х днів у 52(48,1%) хворих пасивно виділялось 800-1000 мл., а у 8(7,4%) – 2000-3000 мл. Екстубацію виконано на 7-8 – й день у всіх 108 оперованих.

Для вивчення ролі раннього ентерального харчування (РЕХ) хворих розподілено на 2 групи: основну – 44 пацієнти, яким починаючи з 4-6 год. післяопераційного періоду у комплексі лікування проводили РЕХ (через зонд крапельно у перші 24 год. вводили глюкозо-сольові розчини, наступні 4-6 діб «Берламін-модуляр» і молочно-яєчну суміш) і групу порівняння (64 особи), які не отримували РЕХ. За всіма іншими вищезазначеними параметрами обидві групи були репрезентативними.

Самостійна перистальтика через 18-36 год. з'явилася у 23 (52,3%) хворих 1 групи і в 11(17,2%) контрольної, через 37-48 год. у 16(36,3%) основної, і у 23(35,9) контрольної. Протягом 3-ї доби перистальтика відновилася у решти 5(11,3%) хворих 1 групи і 21(32,8%) другої. У 9(14,1%) пацієнтів 2 групи кишкові шуми з'явилися наприкінці 4-ї і на 5 добу. Протягом 10-14 діб післяопераційний період контрольної групи у 55,8% хворих супроводжувався анемією, у 42,8% – лейкоцитозом, у 39,2% – вираженою гіпопротеїнемією, у 76,3% – підвищеним рівнем сечовини і креатиніну, у 69,5% – зниженням показників іонограми, у 50,6% до 8-го дня спостерігали підвищення температури тіла до фебрильних цифр. В основній групі тільки протягом 4-5 днів спостерігали помірну анемію у 17,6%, зниження Na^+iK^+ у 25,8%, помірну гіпопротеїнемію у 19,6% хворих, лейкоцитоз і температура нормалізувалися у всіх пацієнтів до 5-го дня.

Ускладнення після операції у хворих 2 групи констатовано у 13(20,3%) випадках, у 5(7,8%) із них виконана релапаротомія (2 з приводу пролежня і перфорації тонкої кишки, 1– абсцесу тазу, 1 – евістерації, 1 – ранньої спайкової кишкової непрохідності). В основній групі ускладнення спостерігали у 5(9,1%) хворихі всі вони проявлялися незначним нагноєнням лапаротомної рани і в ділянці контрапертур. Загальний ліжко-день склав – 19,5, післяопераційний – 18,05.

Отже декомпресійна інтубація тонкої кишки запобігає прогресуванню синдрому функціональної кишкової недостатності, усуває явища ендогенної інтоксикації, виконує «каркасну» функцію. Однак, через інтубаційний зонд відбувається значна втрата води, мікро- і макроелементів, білків і ферментів, і це неможливо компенсувати тільки парантеральними дезінтоксикацією і харчуванням. Перші 2-3 дні післяопераційного періоду через інтубаційний зонд слід здійснювати лаваж кишки з використанням ентеросорбентів, а зонд повинен відігравати не тільки декомпресійну функцію, але й слугувати засобом раннього ентерального харчування.